



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

**Programa de intervención dirigido a
profesionales de Terapia Ocupacional en centros
geriátricos para prevenir el síndrome de
Burnout**

Intervention program aimed at Occupational Therapy
professionals in geriatric centers to prevent Burnout
syndrome

Autor

Israel Herrero Martín

Director

Reyes Torres Sánchez

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2020 -2021

INDICE

1. Resumen.	3
2. Introducción.	5
2.1. Justificación del programa.	5
2.2. Justificación de la intervención desde Terapia Ocupacional.	8
2.3. Marcos/modelos conceptuales.	9
3. Objetivos del plan de intervención.	11
3.1. Objetivo general.	11
3.2. Objetivos específicos.	11
4. Metodología.	12
5. Programa de intervención.	14
5.1. Resultados de la evaluación inicial.	14
5.2. Definición de las acciones/actuaciones del plan de intervención.	14
5.3. Descripción de las acciones/actuaciones.	14
5.4. Delimitación de los recursos.	15
5.5. Evaluación del programa de intervención.	18
6. Conclusiones.	19
7. Bibliografía.	20
8. Anexo.	24

1. RESUMEN

Introducción: El síndrome de Burnout es un síndrome de cansancio emocional, de despersonalización y de falta de realización personal, que puede darse en individuos al cuidado de personas, siendo la Terapia Ocupacional una de las profesiones sanitarias que puede padecerlo, y que trae consigo repercusiones en la salud mental y física del trabajador.

Objetivo: Diseñar un programa de intervención que proporcione estrategias para prevenir situaciones que puedan desarrollar un síndrome de Burnout al personal de Terapia Ocupacional en centros geriátricos.

Metodología: con una duración de 5 semanas, el plan de intervención se llevará a cabo mediante una evaluación, una intervención y una revisión de los resultados.

Conclusión: un programa de intervención preventivo de esta índole, puede ayudar al personal de Terapia Ocupacional en centros geriátricos a conocer las particularidades de dicho síndrome y detectar las situaciones de riesgo.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, Terapia Ocupacional, centros geriátricos, programa de intervención preventivo.

ABSTRAC

Introduction: Burnout syndrome is an emotional fatigue syndrome, depersonalization and lack of personal fulfillment. It can occur in people caring for people; occupational therapy is one of the health professions that can suffer from it, and which brings with it repercussions in the mental and physical health of the worker.

Objective: To design an intervention program that provides strategies to prevent situations that may develop a Burnout syndrome to occupational therapist in geriatric centers.

Methodology: The intervention will be carried out through an evaluation, an intervention and a review of the results. The program takes 5 weeks.

Conclusion: A preventive intervention program can help occupational therapist to know about this syndrome and to detect risk situations.

Keywords: Burnout syndrome, occupational therapy, geriatric centers, preventive intervention program.

2. INTRODUCCION

2.1. Justificación del programa.

El término Burnout proviene del anglosajón, traducándose al castellano como "estar quemado" (1).

En 1974, Herbert Freudenberger acuña por primera vez el síndrome de Burnout como el "estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo, padeciéndolo más las personas dedicadas y comprometidas con el trabajo" (2).

Aunque es Christina Maslach y Susan E. Jackson quien en 1981 lo categoriza con tres parámetros importantes como un síndrome de cansancio emocional, con despersonalización y falta de realización personal, con riesgo que lo padezcan individuos que trabajan con personas (3,4).

Más tarde, en 1986, Maslach et al. lo define como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, entendiéndolo como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. (5)

El cansancio emocional hace referencia a un sentimiento o sensación de vacío que tiene el trabajador de no dar más de sí mismo a los demás, agotamiento de la energía o recursos emocionales propios ante las exigencias de la tarea por la que no siente atractivo alguno.

La despersonalización implica conducta de rechazo o distancia hacia los pacientes que presta su servicio, presentándose reacciones negativas hacia ellos de desapego, cinismo, denigrándoles y despreciándoles.

La falta o baja realización personal es la actitud negativa hacia uno mismo y hacia el trabajo, sintiéndose descontento e insatisfecho, irritable, con pérdida de interés, baja productividad y pobre autoestima, sintiendo un fracaso profesional y llegando incluso a la depresión. (5, 7)

Otros autores lo describen como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral (6).

Es conveniente diferenciar el síndrome de Burnout con otras alteraciones o factores que puedan llevar a la confusión, realizando un buen diagnóstico diferencial. Estos factores pueden ser:

- Estrés: proceso psicológico con efectos positivos y negativos que puede experimentarse en todos los ámbitos de la vida y actividad, mientras que el Burnout referencia a negativos para el sujeto que lo sufre y su entorno, siendo exclusivo del contexto laboral.
- Fatiga física: será preciso observar el proceso de recuperación, es rápido y acompañado de sentimientos de realización personal y éxito, en el síndrome de Burnout es más lenta y acompañado de sentimientos de fracaso. (5, 8, 9).
- Depresión: cansancio emocional, sentimiento de culpa bajo y estado de ánimo, mientras que en el Burnout predominan la cólera o la rabia pero es temporal y propio del ámbito laboral (10)
- Tédio: o aburrimiento, puede resultar de la presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto. (5)
- Insatisfacción laboral: no son equivalentes, pero hay correlaciones; si el trabajador está quemado se puede suponer que se encuentra poco gratificado en su puesto de trabajo. (5, 8)

Como instrumento de valoración nos decantamos por el "MBI", que consta de 22 ítems con un rango de valoración entre 0 y 6. El 0 muestra que el suceso nunca ocurre y el 6 lo que ocurre a diario, las puntuaciones intermedias son reservadas para las frecuencias que aparecen entre los indicadores 0 y 6.

Mide el grado de estrés en el trabajo, con tres subescalas:

- Cansancio emocional o agotamiento emocional:
 - Lo miden los ítems número: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
 - Las puntuaciones serían: bajo <15; medio 15-24 y alto >24.
- Despersonalización:
 - Lo miden los ítems número: 5, 10, 11, 15 y 22.

- Las puntuaciones serían: bajo <4; medio 4-9 y alto > 9.
- Realización personal:
 - Lo miden los ítems número 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.
 - Las puntuaciones serían: bajo < 33; medio 33-39 y alto >39. (11)

(Anexo I)

Con todo esto, el sujeto de estudio con síndrome de Burnout plasma unos resultados que indican altas puntuaciones en grado de cansancio emocional y despersonalización y baja en puntuación en realización personal (11).

En 1976, Christina Maslach y sus colaboradores realizaron un trabajo que abordan y estudian el síndrome de Burnout, tomando como muestra a 200 profesionales de distintos ámbitos. Al finalizar, concluyen que el personal sanitario al estar en contacto directo con otras personas en su trabajo, el síndrome de Burnout aparece con más frecuencia, lo que conlleva problemas de salud mental y física. (12, 13).

El síndrome de Burnout tiene una prevalencia relativamente alta en el personal sanitario debido en parte a las condiciones laborales, estimándose que se encuentra afectado hasta un 25% de este grupo. (14)

La prevalencia de dicho síndrome y la importancia que tiene a niveles sociales y económicos (15), justifican el abordaje mediante intervenciones multidisciplinarias que prevengan o traten dicho síndrome (16), siendo más deseable prevenirlo que tratarlo una vez que se instala en el trabajador (17), siendo necesaria una participación activa del trabajador y de su entorno laboral para su tratamiento (18, 19, 20).

2.2. Justificación de la intervención desde Terapia Ocupacional

El hecho de realizar un programa de intervención enfocado a la prevención del síndrome de Burnout se basa en la necesidad de la difusión y mejora de la información y prevención de dicho síndrome.

Existen dos tipos de cuidadores de personas según el vínculo: el cuidador informal y el formal.

El informal engloba a familiares, amigos u otras personas sin recibir una retribución económica.

El formal es un profesional especializado, retribuido y ofertado por instituciones públicas o privadas, o a veces es contratado por las familias en el hogar, que posee formación que le habilita en el desempeño de tareas especializadas, garantizando una atención adecuada y de calidad.

El cuidador en el que centraremos este programa de intervención será el formal (personal enfermero, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y médico).
(5)

Que el personal de Terapia Ocupacional padezca el síndrome de Burnout afecta de forma directa a los usuarios a los que atiende, lo cual puede repercutir en la salud de estos, además de dificultades que según algunos factores afectan al desempeño de las ocupaciones y a las actividades de la vida diaria.

2.3. Marcos/modelos conceptuales

El programa de intervención se fundamenta en dos modelos:

- Modelo de ocupación humana de Gary Kielhofner (MOHO): comprende a la persona en el proceso de motivación, elección y realización de las actividades o decisiones diarias. Analiza actividades de la vida diaria, rutinas y patrones por los que se guían las personas, evaluando el desempeño e intentando explicar la influencia de la ocupación. Comprende a la persona como un ser formado por tres componentes interrelacionados:

- Volición: motivación intrínseca de la persona hacia la ocupación derivada de una necesidad o deseo de actuar, incluye causalidad personal, valores e intereses. (21).
- Habitación: capacidad de las personas para organizar sus vidas en patrones y rutinas constantes, guiadas por hábitos y roles que dan un sentido de regularidad a la vida.
- Capacidad de desempeño: coordinación de habilidades mentales y físicas subyacentes y de la experiencia subjetiva que hacen que se realice correctamente las actividades ocupacionales. Requiere que las personas anticipen, planifiquen y observen lo que está sucediendo, haciendo los ajustes correspondientes y decidan el qué hacer luego.

Este modelo considera la influencia del ambiente, al describirlo como las características físicas y sociales, particulares del contexto específico, en el cual ocurren las ocupaciones y tiene un impacto sobre lo que uno hace y sobre el modo que se hace, pudiendo actuar como facilitador o barrera.

A la hora de valorar el síndrome de Burnout, tendríamos en cuenta el contexto en el que el profesional desarrolla su trabajo pudiendo ser éste su causa. (22)

- Modelo de competencias: los factores que conforman la ocupación humana son la persona y el entorno. Al realizar las actividades ocupacionales productivas, da lugar a una integración en la identidad ocupacional de la persona, con aporte de satisfacción, bienestar, eficacia y eficiencia en su trabajo. Si por el contrario, no se planifican bien estas actividades y hay una falta de ajuste entre el sujeto y el entorno, puede dar lugar a estrés

ocupacional. (23) (24)

Es importante nombrar que este plan de intervención se apoya en el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la AOTA, ya que el trabajo es clasificado como un área de ocupación importante y necesaria en la vida de los seres humanos.

Al dividirse en dos secciones principales, nos sirve como guía para el proceso de estructuración del plan de intervención (22):

- El dominio: es el alcance de la profesión y establece que, desde la Terapia Ocupacional, la actuación debe dirigirse a apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación.
- El proceso: dinámico, centrado en el cliente y la ocupación, de modo que pone en práctica los conocimientos que tienen los profesionales en terapia ocupacional para proporcionar servicios a los clientes. Este proceso incluye evaluación, intervención y seguimiento de los resultados. (25)

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Diseñar un programa de intervención que proporcione estrategias para prevenir situaciones que puedan desarrollar el Síndrome de Burnout en el personal de terapia ocupacional en centros geriátricos.

3.2. Objetivos específicos

- Detectar mediante la revisión bibliográfica cuales son las medidas preventivas más eficaces ante el síndrome de Burnout.
- Proporcionar estrategias para identificar el síndrome de Burnout en los profesionales de Terapia Ocupacional de centros geriátricos para que puedan prevenir la aparición del mismo.
- Capacitar a los terapeutas ocupacionales para llevar a cabo técnicas de relajación para hacer frente a las posibles situaciones de estrés laboral.
- Recurrir a comportamientos asertivos trabajados en el programa para la resolución de problemas que tienen lugar en el desempeño de la profesión.
- Dar a conocer a los participantes nuevas opciones de ocio y tiempo libre para reemplazar pensamientos negativos que han tenido lugar en el desempeño de la profesión.
- Fomentar hábitos de vida saludable mediante alimentación, ejercicio físico, descanso y sueño.
- Valorar el grado de satisfacción así como el de los conocimientos adquiridos del personal de Terapia Ocupacional que ha participado en el programa de intervención preventivo.
- Analizar los resultados obtenidos en el programa de intervención.

4. METODOLOGIA

Se ha llevado a cabo mediante una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Alcorze, Cuiden, Scielo, Science Direct, PubMed, Teseo y Zeguan para más adelante seleccionar estudios y artículos en relación al síndrome de Burnout y su prevención.

Para gestionar la información, se ha usado el programa Mendeley.

Las palabras clave utilizadas han sido: Síndrome de Burnout, terapia ocupacional, centros geriátricos, programa de intervención preventivo.

Este programa de intervención va dirigido al personal de Terapia Ocupacional que desempeña su trabajo en centros geriátricos, al considerarse grupo de riesgo, sometidos a presión asistencial y de estrés continuo, tanto físico como emocional.

Tendrá una duración de cinco semanas. Dos semanas de evaluación, dos semanas de intervención (constará de 8 sesiones de 45 minutos cada una, con descanso de 15 minutos entre sesiones, dos días a la semana) y una semana de análisis de los resultados.

El programa de intervención se desarrollará siguiendo el proceso del Marco de Trabajo de la AOTA (4ª edición), con las siguientes fases y las estrategias:

En primer lugar el terapeuta ocupacional se encargará de ofrecer el programa de intervención al Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón (COPTOA), para darle la visualización necesaria y poder ofertar el curso a los terapeutas ocupacionales de centros geriátricos.

Evaluación (2 semanas)

Evaluación de las necesidades de los profesionales de Terapia Ocupacional en centros geriátricos (2 semanas): Al formarse el grupo, el terapeuta ocupacional realizará una entrevista individual, que recopilará información sobre ellos. Para ello, se utilizan los siguientes instrumentos de evaluación:

- Listado de Intereses adaptado al programa: recoge información acerca de los intereses pasados y actuales, teniendo en cuenta su participación presente y futura en los mismos.

- Cuestionario Ocupacional (OQ): formulario de autoevaluación que recoge información acerca de como la persona realiza sus actividades, en franjas de 30 minutos, en un día cotidiano. Nos da la información de cómo se usa el tiempo (habituaación, participación y equilibrio ocupacional) así como la causalidad personal, el interés y el valor.

- Maslach burnout inventory (MBI): es un cuestionario para la evaluación del entorno laboral, que evalúa el "síndrome de Burnout" o desgaste ocupacional que experimenta el trabajador. **(Anexo I)**

El grupo estará compuesto por 10 -12 terapeutas ocupacionales de centros geriátricos por lo que el número de participantes favorece la posibilidad de relacionarse con los demás componentes y poder incrementar la posibilidad de participación incluso el poder intercambiar experiencias entre ellos.

Intervención (2 semanas):

Consistirá en la realización de 8 talleres grupales de 45 minutos cada uno, dos días a la semana y con capacidad para 10-12 integrantes.

Cada taller irá dirigido a cumplir los objetivos de la sesión propia y del programa de intervención preventivo en su conjunto.

Se llevará a cabo un registro de asistencia. **(Anexo VII)**

Análisis de los resultados (1 semana):

Se llevará a cabo por medio de una encuesta anónima de satisfacción y otra de conocimientos para asegurarnos que han adquirido los recursos teóricos proporcionados en el programa de intervención preventivo. **(Anexo VIII y X)**

5. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVO

5.1. Resultados de la evaluación inicial

Al tratarse de un programa que no se ha llevado a cabo, tenemos que tener en cuenta que existe la posibilidad que durante la entrevista inicial aparezca Síndrome de Burnout positivo en algún trabajador que quiera asistir al programa propuesto, por lo que si se da esta situación, deberemos derivar a dicho trabajador al recurso competente para tratar dicha patología.

5.2. Definición de las acciones/actuaciones del plan de intervención

Durante las dos primeras semanas se realizarán las reuniones con el Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón para darles a conocer el programa. Una vez conseguido su apoyo, la captación de terapeutas ocupacionales y los integrantes inscritos, se pasarán las evaluaciones mencionadas en la metodología con el fin de la elaboración de un informe en el cual nos de la información de los participantes acerca de una posible merma de los intereses y una disminución de la participación y desequilibrio ocupacional.

El terapeuta ocupacional será el encargado de estructurar el programa de intervención en 4 sesiones semanales (M y J) de 45 minutos cada una con 15 minutos de descanso entre ellas (18:00 a 18:45 y de 19:00 a 19:45). (**Anexo IX**)

Durante las dos últimas semanas se realizará un análisis y revisión del plan de intervención.

También se realizará una encuesta anónima de satisfacción y de conocimientos adquiridos para conocer los aspectos más relevantes y los conocimientos adquiridos en el proceso de intervención. (**Anexo VIII y X**)

5.3. Descripción de las acciones/actuaciones

Los/as participantes asistirán a las siguientes actividades propuestas desde Terapia Ocupacional:

- Conozcamos el Burnout:

El terapeuta ocupacional presentará el programa, se estimulará el interés de los/as participantes y se dará la información mediante medios audiovisuales sobre el síndrome de Burnout (historia, evolución, características clínicas, como se diagnostica, prevención, tratamientos, etc.)

Como segunda parte, se hará una reflexión escrita individual para después hacer una puesta en común grupal, en la que expongan el por qué se dedican a la profesión que realizan y que problemas encuentran que puedan desencadenar un síndrome de Burnout.

Para finalizar, el terapeuta ocupacional les hará entrega del Maslach Burnout Inventory (MBI) para su realización y autoevaluación, guiados por las instrucciones que este profesional considere oportunas. **(Anexo I)**

- Estrés y relajación:

Se dividirá en dos partes la sesión, en las cuales se tratará de dar a conocer por parte del terapeuta ocupacional el concepto y significado del estrés, funcionamiento y respuesta a ello. En la primera parte se promoverá que los/as participantes identifiquen sus propias situaciones estresantes, permitiendo el tiempo necesario para la reflexión sobre los signos y síntomas que les conlleven a situaciones experimentadas. Se compartirán las experiencias en grupo, clasificando esos signos y síntomas en niveles cognitivos, emocionales, conductual o fisiológico. Esta reflexión se dará para poder llegar a conocer las consecuencias que tiene el estrés en nuestro bienestar personal y laboral.

En la segunda parte proporcionaremos las pautas para un entrenamiento de relajación, utilizando técnicas de respiración, haciendo hincapié en la relevancia de las ventajas que tiene esta práctica y el hecho de que sea más beneficiosa la práctica repetida y de corta duración que la larga y muy espaciada. Al finalizar la sesión se proporcionará a cada participante una tabla de seguimiento. **(Anexo II)**

- Pensamientos disfuncionales:

Enfocada al trabajo del pensamiento, emoción y conducta y el patrón que existe entre ellos. La actividad propuesta será la de cambiar pensamientos

disfuncionales por nuevos pensamientos, relacionados con una emoción positiva. Ajustaremos los pensamientos y experiencias propias del ámbito laboral y personal y realizaremos una tabla en la cual llevar un registro en el taller para ver la propia evolución. **(Anexo III)**

- Habilidades sociales y asertividad:

Este taller tiene como finalidad fomentar un beneficio en su puesto de trabajo. Los/as participantes compartirán las experiencias laborales de como se sienten y como hacen sentir al otro. Se les mostrarán diversas situaciones en las cuales podrán identificar ejemplos cotidianos y así reflexionar y exteriorizar. **(Anexo IV)**

- Solución de problemas:

El grupo realizará el taller elaborando ejemplos prácticos de situaciones con problemas originados en su jornada laboral. Cuando identifiquen los problemas, entre los/as asistentes busquen las soluciones y la puesta en común de como se ha llevado la búsqueda de la solución. **(Anexo V)**

- Ocio y tiempo libre:

En el taller desarrollaremos la planificación de actividades de ocio y tiempo libre y el cómo llevarla a cabo. Mediante explicaciones audiovisuales se les expondrán el beneficio de la dedicación en una realización plena del ocio y tiempo libre como ocupación. Las actividades serán desde la experiencia individual o grupal, con una puesta en común. Esta forma de exponer las actividades puede llevar al descubrimiento de actividades de ocio y tiempo libre significativas que no conocían los participantes.

- Estilo de vida saludable:

Promoveremos estilos de vida saludable por medio de la alimentación, el ejercicio físico, el descanso y el sueño.

En estos talleres el Terapeuta Ocupacional y el profesional en dietética y nutrición, expondrán mediante la práctica de sus competencias, hábitos saludables como no saludables, para el conocimiento de sus respectivas consecuencias. Se les dará a los/as participantes una tabla para que vayan

anotando los cambios realizados a lo largo de las semanas y el plan de acción para la semana siguiente. **(Anexo VI)**

En cuanto al descanso, se identificará la necesidad individual del tiempo de descanso en ámbito laboral, proponiendo acciones en el taller con posibilidad de llevarlas a cabo en el trabajo diario.

La parte del sueño se enfocará a la preparación de rutinas diarias para tener un descanso pleno, cuidado de necesidades personales al dormir, lecturas, música, determinación de horarios para acostarse y levantarse, preparación del entorno físico para el sueño (temperatura, luz y comodidad).

- Sesión final:

Consistirá en repasar los conceptos y contenidos abordados en los talleres. Se hará una valoración personal del grado de satisfacción y el cuestionario de aprendizaje. **(Anexo VII)**

5.4. Delimitación de los recursos

Recursos físicos

- Espacios: el espacio físico donde se desarrollará este programa de intervención es un local proporcionado por el COPTOA (sito en el municipio de Zaragoza). Dispondrá de:
 - Despacho donde se realizarán las evaluaciones por parte del terapeuta ocupacional.
 - Sala polivalente: se llevarán a cabo las actividades. Dispondrá de sillas, mesas en forma de semicírculo para la mayor interacción entre los/as participantes. Deberá estar en unas condiciones óptimas de iluminación, climatización, ventilación y aislamiento de todo ruido que provenga del exterior.
 - Espacios comunitarios al aire libre: ocasionalmente se puede valorar la realización de talleres o actividades, que dependerá tanto de los intereses del colectivo como de las óptimas previsiones meteorológicas.
- Materiales: para la realización de las actividades en las sesiones:

- Herramientas de evaluación.
- Material fungible escolar y oficia (folios, fotocopias, cartulinas, lápices, etc.)
- Equipo audiovisual (televisión, altavoces, ordenadores, etc.).
- Publicidad: carteles informativos y folletos.

Recursos humanos

El personal requerido para el plan de intervención desde Terapia Ocupacional será:

- Graduado en Terapeuta ocupacional:
 - Realizar el cuestionario ocupacional durante la entrevista inicial.
 - Evaluar el programa de intervención
 - Preparar y dirigir las sesiones grupales.
- Graduado en Nutrición y Dietética. Dirigir el taller de hábitos saludables

El programa de intervención preventivo se realiza de manera altruista con el objetivo dar a conocer el programa entre los Terapeutas Ocupaciones de Aragón y poder llevarlo a cabo en el futuro teniendo las remuneraciones pertinentes.

5.5. Evaluación del programa de intervención.

Los resultados obtenidos en el plan de intervención se medirán pasando a los asistentes una valoración personal del grado de satisfacción y un cuestionario de aprendizaje.

Debido a que el plan de intervención preventivo no se ha implementado, únicamente podemos estimar los resultados que cabría esperar tras su finalización. Estos resultados se centran en los objetivos propuestos al inicio del plan: participación ocupacional, intereses y percepción de autoeficacia.

6. CONCLUSIONES

Tras realizar la revisión bibliográfica y elaborar el programa de intervención, se llega a la conclusión, de que una información amplia y específica sobre el síndrome de Burnout, facilita el aprendizaje sobre éste y proporciona estrategias preventivas en la aparición del mismo.

Al dirigirse al personal de Terapia Ocupacional en centros geriátricos, se acerca al perfil laboral que puede desarrollar con más facilidad el síndrome, debido a sus condiciones laborales y características de su trabajo, por lo que la probabilidad que tiene el programa de ser eficaz, es alta.

Con el desarrollo de este tipo de programas, además de hacer llegar al colectivo la información sobre el tema, se destaca la importante labor docente de la Terapia Ocupacional.

Aunque este programa de intervención no se haya llevado a la práctica, cabe destacar lo importante de realizar este tipo de intervenciones, con la finalidad de abordar el problema ocupacional en terapeutas ocupacionales en centros geriátricos al cuidado de personas cuyas características específicas debidas a su edad y contexto familiar, revelarán una gran necesidad y dependencia hacia los sanitarios que se encuentran a cargo de su cuidado, pero también unas bajas expectativas por parte de los profesionales en la mejoría y prevención de la aparición de nuevas patologías y deterioro debido a la edad de la población con la que se trabaja en estos centros.

7. BIBLIOGRAFIA

- (1) García Moyano L, Arrazola Alberdi O, Barrio Forné N, Grau Salamero L. Habilidades de comunicación como herramienta útil para la prevención del síndrome de burnout. *Metas Enferm.* 2013; 16(1):57-60.
- (2) Tuesca R, Iguarán M, Suárez M, Vargas G, Vergara D. Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte* [Internet]. 2006 [consultado 7 de marzo de 2021]; 22(2):84-91. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81722204.pdf>
- (3) Maslach C. Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Manual del inventario Burnout de Maslach. Síndrome de quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA. 1997. p 5-28.
- (4) Freudenberger H. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974; 30(1): 159-166
- (5) Jiménez García-Tizón S, Navarro Prados A. Burnout en cuidadores profesionales: una guía de intervención. 1ªed. Pamplona: ediciones Universidad de Navarra (EUNSA); 2020
- (6) Ramírez M, Lee S. Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. *Polis* [Internet]. 2011 [consultado 21 de enero de 2021]; 10 (30): 431-446. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30521366020>
- (7) Maslach C. Burned-out. *Human Behavior* 1976; 9 (5): 16-22
- (8) Alvarez, E., y Fernandez (1991). El síndrome de Burnout o el desgaste profesional: revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11, 237-265.

(9) Pines , A. y Aronso (1988). Carrer Burnout: causes abde cures. The Free Press

(10) Martínez, A (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual de la cuestios. Revista de comunicación Vivat Academia (112), 42-80. <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>

(11) Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour [Internet]. 1981 [consultado 01 de marzo de 2021]; 2: 99-113. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>.

(12) Párraga Sánchez JM. Eficacia del Programa Iris Para Reducir el Síndrome de Burnout y Mejorar las Disfunciones Emocionales en Profesionales Sanitarios [tesis doctoral]. Cáceres: Servicio de Publicaciones, Universidad de Extremadura; 2005.

(13) Italia S, Favara C, Di Cataldo A, Russo G. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. Psycho-Oncology [Internet]. 2008 [consultado 10 de marzo de 2021]; 17 (7): 676-680. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-17992704>.

(14) Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome de burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria. Semergen. 2015; 41: 191-8.

(15) Bareño J, Berbesi D, Montoya C. Factores asociados al Síndrome de burnout en docentes de enfermería Medellín- Colombia. INVESTIGACIONES ANDINA [Internet]. [consultado 10 de marzo de 2021]; 21(12):36-48. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v12n21/v12n21a04.pdf>.

(16) Machado Ezaias G, Lourenço Haddad MC, Oliveira Vannuchi MT. Manifestações psico-comportamentais do burnout em trabalhadores de um hospital de média complexidade. Rev Rene. 2012; 13(1):19-25.

- (17) Novaes Moreno F, Pinn Gil G, Lourenço Haddad M, Oliveira Vannuchi MT. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. Rev. enferm. UERJ. 2011; 19(1):140-145.
- (18) Barrios Araya S, Arechabala Mantuliz MC, Valenzuela Parada V. Relación entre carga laboral y Burnout en enfermeras de unidades de diálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2012; 15(1):46-55.
- (19) Albendín García L, Gómez Urquiza JL, Cañadas de la Fuente GA, Cañadas GR, San Luis Costas C, Aguayo Estremera R. Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. Rev Lat Am Psicol. 2016; 48:137-45.
- (20) Mingote JC, Moreno B, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. Med Clin (Barc) 2004; 123(7): 265-270.
- (21) Allan N, Wachholtz D, Váldez A. Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. Rev Chil [revista en Internet] [acceso 30 de enero de 2021];(5):[1-13]. Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/File/103/86>
- (22) Kielhofner G. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación. 4ª ed. Argentina: Médica Panamericana; 2011.
- (23) Sanchez O., Polonio B., Pellegrini M. Terapia Ocupacional en salud mental: Teoría y técnicas para la autonomía personal. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2013.
- (24) Costa M., Lopez E. La psicología comunitaria: un nuevo paradigma. PDP [Internet]. 1982 [Consultado en 13 de marzo -2021]; 2: Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=29>

(25) Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra N, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 2ª ed. [Traducción]. www.terapiaocupacional.com [Internet]. [Fecha de acceso 23 de marzo de 2021]:85p. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>

8. ANEXOS

ANEXO I. MASLACH BURNOUT INVENTORY

RODONDEE CADA ITEM (DEL 1 AL 22) EL NUMERO
QUE SE AJUSTE A SU SITUACION

0	1	2	3	4	5	6
NUNCA	ALGUNA VEZ AL AÑO	UNA VEZ AL MES O MENOS	ALGUNAS VECES /MES	UNA VEZ / SEMANA	VARIAS VECES/ SEMANA	DIARIAMEN TE

1	Debido a mi trabajo, me siento emocionalmente agotado	0	1	2	3	4	5	6
2	Al final de la jornada me siento agotado	0	1	2	3	4	5	6
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5	Creo que trato a los pacientes como si fueran objetos	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí	0	1	2	3	4	5	6
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8	Me siento "quemado" por el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros	0	1	2	3	4	5	6
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me encuentro con mucha vitalidad	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro	0	1	2	3	4	5	6
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés	0	1	2	3	4	5	6
17	Tengo facilidad para crear una atmosfera relajada a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21	Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo	0	1	2	3	4	5	6
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

SUBESCALA	ITEMS	PARAMETROS	TOTAL
Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	bajo <15; medio 15-24 y alto>24	
Despersonalización	5, 10, 11, 15 y 22	bajo <4; medio 4-9 y alto > 9	
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21	bajo < 33; medio 33-39 y alto >39	

ANEXO II. Sesión de estrés.

	Como me siento antes de la sesión (Del 1 al 10)	Nuevo pensamiento	Como me siento después de la sesión (Del 1 al 10)	Observaciones
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

ANEXO III. Pensamientos disfuncionales

	¿Lugar? ¿Cuándo? ¿Qué ha pasado?	Pensamiento disfuncional	Emoción sentida	Nuevo pensamiento	Nueva emoción	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

ANEXO IV. Habilidades sociales y asertividad

Situación	Respuesta: agresiva, pasiva, asertiva	¿Cómo me siento y como hago sentir al otro?	Desenlace del acto	Si no he pensado un estilo asertivo, ¿Cuál sería la respuesta asertiva?	Observaciones
Se cuelan en la cola de la tienda					
A un compañero le tienes que repetir varias veces lo mismo					
Compañero que siempre llega tarde					
Usuario de residencia que después de llamar el familiar nunca devuelve el teléfono					
Manifestar en una reunión una idea contraria a la de otro compañero					
El jefe te quiere solicitar cambios en el trabajo					
Has recibido una queja en el trabajo					

ANEXO V. Solución de problemas

Problema planteado	Nivel de intensidad	Posibles soluciones	Toma de decisiones grupales	Nivel de intensidad si se diera el problema ahora	Observaciones

ANEXO VI. Hábitos de vida saludable

Antes de la sesión	Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Nº semana	Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Ejercicio físico				
	Si	No	Disciplina	Observaciones
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

ANEXO VII. Registro de asistencia

Asistencia		
Nombre:		
Fecha	Nombre de la sesión	Observaciones
Firma:		

ANEXO VIII. Cuestionario de satisfacción.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN					
Nombre y apellidos:					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
¿El plan de intervención ha cubierto las expectativas esperadas?					
¿Recomendaría este programa?					
¿La duración le ha parecido adecuada?					
¿El contenido de las sesiones le ha parecido adecuado?					
¿Le ha sido significativo el contenido de las sesiones?					
¿Está satisfecha/o con la forma en la que se han realizado las actividades?					
¿Se ha sentido respetada en las sesiones por el grupo?					
¿Considera que ha aportado ideas al grupo?					
¿Sería capaz de identificar un posible síndrome de Burnout en otra persona?					
¿Considera que ahora es más capaz de variar en actividades más beneficiosas para usted?					
¿El plan de intervención me ha hecho sentirme mejor conmigo misma/o?					
En general, ¿estoy satisfecha/o con los resultados obtenidos?					
Observaciones:					

Anexo IX

Semana 1	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
18:00-18:45		Conozcamos el Burnout		Pensamientos disfuncionales	
18:45-19:00		Descanso		Descanso	
19:00-19:45		Estrés y relajación		Habilidades sociales y asertividad	

Semana 2	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
18:00-18:45		Solución de problemas		Estilo de vida saludable	
18:45-19:00		Descanso		Descanso	
19:00-19:45		Ocio y tiempo libre		Sesión final	

ANEXO X. ENCUESTA FINAL (APRENDIZAJE)

ENCUESTA DE APRENDIZAJE

Rodee si son verdaderas (V) o falsas (F) las siguientes frases:

1.- El primero en describir el síndrome de Burnout fue Freudenbergger:

V

F

2.- La escala más empleada para medir el síndrome de Burnout es la Maslach Burnout Inventory (MBI):

V

F

3.- La escala creada para medir el Burnout mide el cansancio emocional, la despersonalización y la relación del sanitario con sus familiares:

V

F

4.- La prevalencia del síndrome de Burnout es escasa en los profesionales sanitarios:

V

F

5.- El síndrome de Burnout solo afecta a los profesionales sanitarios:

V

F

6.- Que un profesional sanitario tenga síndrome de Burnout no tendrá ninguna repercusión en los pacientes:

V

F

7.- El síndrome de Burnout es algo que ocurre sólo a las personas más débiles:

V

F

8.- Uno de los ámbitos en que puede darse el síndrome de Burnout es en trabajadores de centros geriátricos:

V

F

9.- Es más fácil tratarlo el síndrome de Burnout que prevenirlo:

V

F

10.- La participación significativa del trabajador y su entorno laboral no son necesarios para erradicar el síndrome de Burnout:

V

F